



---

## PERSÖNLICHE DATEN

Name:

Geburtsdatum:

Bisherige Erfahrung | Bisherige Kenntnisse

Wie lange ist Deine letzte „Kunstbegegnung“, bei der du selber gemalt / gezeichnet hast, her?

---

## BISHERIGE ERFAHRUNGEN | BISHERIGE KENNTNISSE

Bitte kreuze Deine bisherigen Erfahrungen über Kunst / Kunstgeschichte an:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gar keine Kenntnisse | <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse      |
| <input type="checkbox"/> Gute Kenntnisse      | <input type="checkbox"/> Sehr gute Kenntnisse |

Bitte kreuze Deine bisherigen Erfahrungen im Umgang mit Kunst an:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gar keine Kenntnisse | <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse      |
| <input type="checkbox"/> Gute Kenntnisse      | <input type="checkbox"/> Sehr gute Kenntnisse |

## WUNSCHTHEMEN | WUNSCHTECHNIKEN

Bitte kreuze ein paar Themen an, die Dich interessieren:

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Menschen und Portraits | <input type="checkbox"/> Tiere       | <input type="checkbox"/> Abstrakte Gemälde |
| <input type="checkbox"/> Landschaft und Natur   | <input type="checkbox"/> Gebäude     | <input type="checkbox"/> Fantasie          |
| <input type="checkbox"/> Stillleben             | <input type="checkbox"/> Gegenstände | <input type="checkbox"/> _____             |

Bitte kreuze ein paar Techniken an, die Dich interessieren:

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spachteltechnik | <input type="checkbox"/> Aquarellmalerei | <input type="checkbox"/> Acrylmalerei |
| <input type="checkbox"/> Ölmalerei       | <input type="checkbox"/> Zeichnen        | <input type="checkbox"/> Comic        |
| <input type="checkbox"/> Pastellmalerei  | <input type="checkbox"/> _____           |                                       |

## **ALLERGIEN | KRANKHEITEN**

Bitte teile mir besondere Allergien oder Krankheiten mit, über die ich dringend Kenntnis haben muss.

---

---

---

## **WUNSCHTERMIN**

Bitte trage Deinen Wunschtermin / Deine Wunschtermine (Wochentag und Uhrzeit) ein.

- Montag, 16:00 Uhr – 17:30 Uhr     Montag, 17:30 Uhr – 19:00 Uhr  
 Mittwoch, 15:00 Uhr – 16:30 Uhr     Mittwoch, 16:30 Uhr – 18:00 Uhr  
 Mittwoch, 18:00 Uhr – 19:30 Uhr

Hiermit bestätige ich, dass ich Volljährig bin.

---

Datum, Unterschrift

---

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r